



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2019

Eine pragmatische Anleitung zur Exploration von Resilienz und Handlungsressourcen in klinischen Fragebögen

Flückiger, Christoph ; Znoj, Hansjörg ; Višlă, Andreea

Abstract: Resilienz beschäftigt sich mit der Frage, was es ausmacht, dass einige Personen trotz widrigster Umstände psychisch relativ gesund bleiben, auch wenn sie unter starken psychosozialen Belastungen leiden. Die folgende Arbeit bietet eine pragmatische Anleitung, wie Resilienz möglichst früh in die psychodiagnostische Besprechung klinischer Fragebögen einfließen und in das Patient_innenverständnis der behandelnden Personen integriert werden kann, ohne die problematischen Aspekte zu tabuisieren. Die Anleitung einer balancierten psychodiagnostischen Fragebogenbesprechung umfasst folgende vier therapeutische Strategien: (1) Validierung der Belastungsfaktoren, (2) Isolierung der Belastungsfaktoren, (3) Validierung der individuellen Resilienz und der Handlungsressourcen, (4) erstes Durchbrechen des Schwarzweiß-Denkens. Resilience concepts highlight the question why some people remain mentally relatively healthy despite the most adverse psychosocial circumstances. This article provides a practical guide on how to integrate resilience as early as possible into the patient's information of the assessments of clinical questionnaires and how to integrate them into the individual case formulation without tabooing the problematic aspects. Four therapeutic strategies are introduced: (1) Validate problematic aspects, (2) isolation problematic aspects, (3) Validate individual resilience and resources, (4) break through black and white thinking.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000387>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-177080>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Flückiger, Christoph; Znoj, Hansjörg; Višlă, Andreea (2019). Eine pragmatische Anleitung zur Exploration von Resilienz und Handlungsressourcen in klinischen Fragebögen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 67(3):173-180.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000387>

Eine pragmatische Anleitung zur Exploration von Resilienz und Handlungsressourcen in klinischen Fragebogen

Christoph Flückiger, Universität Zürich

Hansjörg Znoj, Universität Bern

Andreea Vîslă, Universität Zürich

Autorenanschrift: Christoph Flückiger, Psychologisches Institut, Allgemeine
Interventionspsychologie und Psychotherapie, Universität Zürich, Schweiz

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Christoph Flückiger, Binzmühlestrasse 14/Box 4,
8050 Zürich, Schweiz. Kontakt: christoph.flueckiger@psychologie.uzh.ch

Anmerkung: Dieses Manuskript wurde durch den Schweizerischen Nationalfonds
mitfinanziert (Grant PP00P1_163702, Rezipient: Christoph Flückiger). Teile wurden aus dem
folgenden englischsprachigen Manuskript adaptiert: Flückiger, C., Znoj, H. J. & Vîslă, A.
(2016). Detecting information processing bias toward psychopathology: Interpreting Likert
scales at intake assessment. *Psychotherapy*. 53, 284- 290. doi: 10.1037/pst0000081

Disclosure Statement: Die Autoren erklären, dass ihre Forschung und der vorliegende
Text keine Interessensverbindungen zu pharmakologischen Behandlungsansätzen hat. Dieser
Text verfolgt das Ziel, die Good Practice klinischer Fragebogenbesprechungen kritisch zu
diskutieren.

Zusammenfassung

Resilienz beschäftigt sich mit der Frage, was es ausmacht, dass einige Personen trotz widrigster Umstände psychisch relativ gesund bleiben, auch wenn sie unter starken psychosozialen Belastungen leiden. Das folgende Manuskript bietet eine pragmatische Anleitung, wie Resilienz möglichst früh in die psychodiagnostische Besprechung klinischer Fragebogen einfließen und in das Patient_innenverständnis der behandelnden Personen integriert werden kann ohne die problematischen Aspekte zu tabuisieren. Die Anleitung einer balancierten psychodiagnostischen Fragebogenbesprechung umfasst folgende vier therapeutische Strategien: (1) Validierung der Belastungsfaktoren, (2) Isolierung der Belastungsfaktoren, (3) Validierung der individuellen Resilienz und der Handlungsressourcen, (4) Erstes Durchbrechen des Schwarzweiß-Denkens.

Schlüsselwörter: Ressourcenaktivierung, Resilienz, Abklärung, Likert-Skala

Abstract

Resilience concepts highlight the question why some people remain mentally relatively healthy despite the most adverse psychosocial circumstances. The following manuscript provides a practical guide on how to integrate resilience as early as possible into the patient's information of the assessments of clinical questionnaires and how to integrate them into the individual case formulation without tabooing the problematic aspects. Four therapeutic strategies are introduced: (1) Validate problematic aspects, (2) isolation problematic aspects, (3) Validate individual resilience and resources, (4) Break through black and white thinking.

Keywords: Resource activation, resilience, intake assessment, Likert-scale

Im professionellen wie im privaten Kontext stellen wir laufend mehr oder weniger bewusste Hypothesen über unser Gegenüber auf, wie es sich verhält, was es denkt und welche Ziele es verfolgt und selbstverständlich auch, wie es sich zu uns hält. Wir machen uns also ein mehr oder weniger bewusstes Bild von unserem Gegenüber und dieses Bild kann mehr oder weniger bewusst durch kontextuelle Brillen geprägt sein und die Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung deutlich beeinflussen (Hilbert, 2012; Norman & Eva, 2010).

Im klinischen Kontext hat die Hinwendung zu Resilienz, Stärken, Fähigkeiten, Fertigkeiten, motivationalen Bereitschaften, hilfeschuchende Verhaltensweisen und sozialer Unterstützung von hilfeschuchenden Personen grundsätzlich einen schweren Stand; bezahlt werden nicht die Leistungen mit Gesundheitswert, sondern gegen Krankheitswert. Subjektive Einschätzungen von professionellen Behandlern können u.a. deshalb dazu neigen etwas problemzentriert auszufallen (Smith et al., 2006). Seit der programmatischen Studie von Rosenhan (1973, 1984) besteht in Forschung und Praxis eine anhaltende Diskussion darüber, wie im Verlauf einer Abklärung ein balancierteres Bild von Patientinnen gewährleistet werden kann (z. B. Andrasik, 2006; Beutler & Malik, 2002; Stephen 2015).

Klinische Fehler können durch subtile klinische Urteilsbildung und subtil undifferenzierte Fehlkommunikation beeinflusst werden (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Verzerrungen in der Informationsverarbeitung können die Fallkonzeption und Behandlungsplanung beeinflussen (Smith et al., 2006). Beispielsweise können Kliniker_innen dazu tendieren, die von Mitbehandler_innen aufgeworfenen Arbeitshypothesen zu bestätigen (Bestätigungsfehler; Jona, Schulz-Hardt, Frey, & Thellen, 2001). Dies kann dazu führen, dass nicht die gesamte Information eines Fragebogens in die Beurteilung einfließt und die Fragebogeninformationen selektiv verarbeitet werden. So können Inhalte, die nicht in ein Stereotyp passen etwas vernachlässigt werden (sowohl auf problematische Aspekte bezogen wie auch auf Resilienz hin). Beispielsweise berichteten Ladwig, Rief und Nestriuc (2014) bei einer Onlinebefragung mit 195 Patient_innen über negative Nebeneffekte von Psychotherapie, dass 109 (55,9%) sich durch „Aussagen ihres/r Therapeuten_in verletzt fühlten“. Selbstverständlich kann es eine therapeutische Aufgabe sein, das Augenmerk auf schmerzhafteste Aspekte zu legen; trotzdem erscheint ein so hoher Prozentsatz an verletzenden Aussagen doch eher erstaunlich.

Patient_innen fühlen sich zu Beginn einer Therapie oftmals demoralisiert und hoffnungslos und leiden darunter, dass Ihre üblichen Bewältigungsstrategien nicht (mehr) greifen. Folgerichtig ist es eine allgemeine therapeutische Aufgabe, die Patient_innen darauf

hinzuführen, wieder vermehrt an ihre eigene Bewältigung und Proaktivität zu glauben, ohne dabei unrealistische Prognosen abzugeben (Remoralisierung). Ressourcenorientierung ist aus dieser Perspektive eine zentrale therapeutische Aufgabe (z.B., Fitzpatrick, & Stalikas, 2008) und integraler Bestandteil vieler therapeutischer Herangehensweisen (z.B. Scheel, Davis & Hederson, 2013; siehe auch Flückiger & Wüsten, 2014; Frank, 2017; Willutzki & Teismann, 2013). Dennoch können Therapeut_innen während der Abklärung und ersten Therapiestunden im Einzelfall zu ressourcenorientiert oder zu problemorientiert in die eine oder andere Richtung kippen und damit das differenzierte Gesamtbild des Sowohl-Als-Auch vorschnell aus den Augen verlieren. Sie unterstützten damit oftmals das Schwarzweiß-Denken der Patient_innen.

Selbsteinschätzungsfragebogen bieten unter anderen Quellen eine Möglichkeit, die Patient_innen in ihrem psychosozialen Funktionieren und in ihrem Leidensdruck besser zu verstehen. Patient_innen über den Psychodiagnostikprozess zu informieren ist in vielen therapeutischen Kontexten ein zentraler therapeutischer (und ethisch notwendiger) Schritt. Die folgenden fünf klinischen, fiktiven Beispiele zeigen etwas holzschnittartig auf, wie ein/e Therapeut_in die individuellen Ausprägungen einer Symptom Check Liste 90 (SCL-90-R; Franke, 2002) besprechen kann. Beispiel 1 zeigt einen zu starken Fokus des/r Therapeut_in auf psychopathologische Aspekte, wodurch der Fokus ausschließlich auf negative Aspekte des Erlebens und Verhaltens der Patient_innen gelegt wird. Beispiel 5 greift eine zu starke Orientierung auf die gesunden Pole der Likertskala auf, wodurch sich der/die Patient_in in seinem Leidensdruck nicht ganz ernst genommen fühlen kann. Beispiele 2-4 sind ausbalancierter und verdeutlichen, dass durch die Kombination von Problem- und Resilienz-/Ressourcenperspektive differenziertere Sichtweisen gefördert werden können. Alle Beispiele zeigen auf, dass die Aufmerksamkeit der Patient_innen während der Fragebogenbesprechungen mit subtil unterschiedlichen Formulierungen in deutlich unterschiedliche Richtungen gelenkt werden können. Dies ist grundsätzlich nicht sonderlich schlimm und kann allenfalls mit weiteren Fragen im Verlauf der Gespräche ausgeglichen werden. Dennoch zeigen die Formulierungen auf, dass die Gespräche ohne aktive Korrektur durch den/die Therapeut_in in deutlich unterschiedliche Richtungen gelenkt werden können.

Beispiel 1:

T: Die folgende Grafik (Abbildung 1) zeigt ihre stärksten psychischen Belastungen auf. Sie erreichen die kritischen Grenzen bei Depressivität und Unsicherheit im sozialen Kontakt.

P: Ja, das stimmt, ich bin depressiv und fühle mich alleine gelassen.

Beispiel 2:

T: Diese Grafik fasst mögliche aktuelle Belastungsfaktoren zusammen. Im Vergleich zu Personen, die an keiner psychischen Störung leiden, unterstützen die beiden hohen Ausprägungen ihre zuvor geäußerte Einschätzung, dass sie aktuell an Depressivität leiden und im sozialen Kontakt unsicher sind.

P: Ja, ich fühle mich aktuell effektiv sehr depressiv und einsam.

Beispiel 3:

T: Diese Grafik fasst mögliche Belastungsfaktoren zusammen, wo Personen, die eine Psychotherapie aufsuchen starken Leidensdruck berichten. Werte über 3 sind nicht ungewöhnlich. Die Grafik weist möglicherweise darauf hin, dass Sie vor allem in zwei Bereichen belastet sind. Entspricht dies ihrer Einschätzung?

P: Hmm, das ist interessant. Ich dachte ich spinne total und stehe mit meinem Leiden vollkommen alleine da.

Beispiel 4:

T: Diese Grafik fasst mögliche Belastungsfaktoren zusammen. Werte über 3 sind nicht ungewöhnlich. Die Grafik bestätigt insgesamt wie zuvor angesprochen, dass Sie sich aktuell depressiv fühlen und sich sozial zurückgezogen haben. Die Grafik zeigt jedoch auch auf, dass es möglicherweise Bereiche gibt, in welchen sich andere Personen noch schlechter fühlen.

P: Hmm, ja, das stimmt. Ich fühle mich momentan wirklich sehr depressiv und einsam. Auf der anderen Seite bin ich nicht wirklich eine ängstliche Person. Ich bin schon fast etwas erleichtert, dass das Bild nicht noch schlechter ausfällt. Ich dachte schon, ich sei ein vollkommen hoffnungsloser Fall.

Beispiel 5:

T: Diese Grafik isoliert problematische von unproblematischen Bereichen. Bereiche unterhalb der 2 werden von Personen oftmals als unproblematisch berichtet. Wie sie aus der Grafik entnehmen können sind bei Ihnen Somatisierung, Ängstlichkeit, Feindseligkeit und phobische Ängste vollkommen im grünen Bereich.

P: Hmm, ja, ich bin momentan alles andere als feindselig. Ich lasse einfach alles ein bisschen hängen und kann mich nur sehr schwer zur Wehr setzen. Wissen Sie, ich bin wirklich depressiv und fühle mich vollkommen alleine gelassen.

Exploration der Resilienz und der Handlungsressourcen in klinischen Fragebogen

Therapeut_innen sind im klinischen Alltag oftmals dazu angeleitet, relativ schnelle Ja/Nein Entscheide betreffend klinischer Diagnosen zu treffen (e.g., Manea, Gulbody &

McMillan, 2012). Patient_innen über erreichte Cut-off Punkte in klinischen Fragebogen zu informieren, kann teilweise sehr schnell innerhalb weniger Minuten geschehen und kann einem klinisch sinnvollen Vorgehen entsprechen. Nichtsdestotrotz würde eine solche Kommunikationsstrategie nicht das volle psychodiagnostische Potential sorgfältig konstruierter klinischer Fragebogen nutzen, wie sie in der Routine zu tausenden eingesetzt werden. Unsachgemäße Kommunikation von Fragebogenresultaten ist ein klinischer Kunstfehler (z.B., «Oh, nein, ihre Situation ist wirklich schlimm!» Subtext: Da lässt sich nichts machen, «Ich weiss nicht für was diese Selbsteinschätzungen von Patient_innen nützlich sein sollen!» Subtext: Ich weiss es sowieso besser, «Keine Ahnung, was diese Werte genau meinen!» Subtext: Desinteresse). Es können sich in die Fragebogenbesprechungen jedoch auch subtilere Kunstfehler einschleichen, wo der therapeutische Fokus verloren geht. Der folgende fiktive Dialog basiert auf einer ersten Sitzung eines 54-jährigen depressiven Patienten und einer 35-jährigen Therapeutin, in welcher die Fragebogenresultate der Symptom-Check-Liste 90 (SCL-90; Franke, 2002) besprochen werden. Diese konkreten Good Practice Beispiele sind so angepasst, dass sie keiner realen Patient_in entsprechen. Die folgenden Beispiele orientieren sich u.a. an den Empfehlungen, wie psychometrische Daten im generellen erhoben und besprochen werden sollen (The British Psychological Society's Psychological Testing Center, 2016).

Klinische Fragebogen basieren üblicherweise auf konstruierten Likert-Skalen die verschiedene Belastungsfaktoren auf einem zwei-poligen Kontinuum erfassen, von einem «unproblematischen» Pol bis hin zu einem belasteten Pol (z.B., «Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen ... unter Neigung zu weinen?» mit der vierstufigen Antwortskala: «überhaupt nicht», «ein wenig», «ziemlich», «stark», «sehr stark»). Bei der Besprechung der individuellen Fragebogenresultaten von klinischen Fragebogen können mindestens folgende vier therapeutischen Strategien eingebunden werden: (1) Validierung der Belastungsfaktoren, (2) Isolierung der Belastungsfaktoren, (3) Validierung der individuellen Resilienz und Handlungsressourcen, (4) Erstes Durchbrechen des Schwarzweiß-Denkens.

Therapeutische Strategie 1: Validierung der Belastungsfaktoren.

Die Psychotherapie ist dafür konzipiert, Personen mit starken psychosozialen Belastungen, die mit einem starken individuellen Leidensdruck einhergehen und deshalb professionelle Hilfe aufsuchen, nach bestem Wissen und Gewissen bei der Bewältigung ihrer Anliegen therapeutisch zu unterstützen. Aus dieser Perspektive besteht ein selbst-evidenter Fokus auf der Problemlösung von Belastungsfaktoren. Viele Personen, die eine

Psychotherapie aufsuchen, haben im Alltag teilweise negative Erfahrungen gemacht, über ihre problematischen Aspekte offen zu sprechen. Gut gemeinte Hoffnungszusprüche von Seiten externer Personen wie «Das wird schon gehen!», «Kommt Zeit kommt Rat!», «Du schaffst das!» können das Gefühl alleine gelassen zu sein zusätzlich verstärken und wirken oftmals alles andere als hoffnungsförderlich. Psychotherapie als ein Ort, in welchem schambehaftete Themen ungefiltert angesprochen werden dürfen, ist deshalb ein Wirkfaktor in vielen, wenn nicht in allen seriös durchgeführten Psychotherapien. Die Referenz auf Personen, die in vergleichbaren Situationen vergleichbare Ausprägungen aufweisen, kann deshalb als entlastend und unterstützend wahrgenommen werden. Die Diskussion der Resultate klinischer Fragebogen bietet eine hervorragende Möglichkeit, neben der Besprechung möglicher Cutoff-Werte möglichst früh im therapeutischen Prozess die brachliegenden individuellen Belastungsfaktoren von Patient_innen zu validieren.

Good Practice Beispiel:

C: Ja, ich fühle mich aktuell effektiv sehr depressiv und einsam.

T: Diese Resultate scheinen mit Ihrer zuvor geäußerten Einschätzung übereinzustimmen, dass Sie sich aktuell depressiv fühlen. Es erscheint mir, dass Sie mit sich selbst sehr ehrlich sind ... in Ihrer aktuell sehr schwierigen Situation.

C: Naja, es ist effektiv nicht wirklich einfach für mich über meine Themen zu sprechen. Aber ja, ich mache mir sehr viele Gedanken darüber.

T: Ich stelle mir vor, dass Ihr differenziertes Wissen über sich selbst im Verlauf sehr zentral ist und wirklich hilfreich sein wird.

C: <direkter Augenkontakt>

T: Im selben zu scheint es mir jedoch auch wichtig darauf hinzuweisen, dass viele Personen, die sich bei uns melden, sich oftmals sehr stark depressiv fühlen und einsam fühlen. Ausprägungen bis 8 sind nicht unüblich.

C: Ok, Sie meinen, dass es auch andere gibt, die sich ähnlich fühlen wie ich. Naja, ich befürchte schon fast etwas, dass ich ein hoffnungsloser Fall bin mit meinen komischen Gedanken.

T: Ich denke, Sie sind effektiv nicht alleine. Einige depressive Patient_innen berichten gelegentlich, dass ihnen diese Situation eher etwas fremd vorkommt, da sie sich so nicht kennen. Dieses Fremdheitsgefühl könnte sich allenfalls hier bei «paranoidem Denken» zeigen.

C: Ja, das stimmt, ich es fühlt sich alles etwas fremd an momentan. < 5 Sec.> Ich war schon etwas besorgt über den Wert im «paranoidem Denken». Das klingt ja ziemlich heftig.

T: Naja, Fragebogendaten müssen sorgfältig interpretiert werden und verlangen eine Einbettung in die individuelle Situation der Personen. Haben Sie das Gefühl beispielsweise verfolgt zu werden?

C: Nein, nicht wirklich. Es ist eher das gegenteilige Gefühl, dass mich niemand wahrnimmt.

Therapeutische Strategie 2: Isolierung der Belastungsfaktoren.

Bevor Patienten mit einer Psychotherapie beginnen, versagen in der Regel ihre eigenen Bewältigungsstrategien und Lösungsansätze. Sie fühlen sich oft machtlos vor dem übergrossen Berg mit ineinander verzahnten Themenbereichen. Probleme zu isolieren hat das Ziel, die Belastungen leichter handhabbar zu machen, als sie auf den ersten Blick erscheinen mögen. Die unüberwindbaren Probleme, mit denen Patient_innen konfrontiert sind, können dadurch etwas an Bedrohung und Komplexität verlieren. Klinische Fragebögen bestehen in der Regel aus verschiedenen (weitgehend unabhängigen) Dimensionen, die es ermöglichen, die einzelnen Belastungen zu lokalisieren. Symptombezogene Skalen sind oft sehr spezifisch konstruiert und eignen sich daher besonders gut, die individuellen Belastungsmuster der Patient_innen in Bezug auf die Spezifität und Intensität abzubilden. Diese Spezifität und Sensitivität kann für situative Kontraste über (möglicherweise übergeneralisierte) psychopathologische Zustände genutzt werden.

Good Practice Beispiel:

T: (...) Es scheint mir fast so, dass Sie sich in einer sehr spezifischen Situation befinden, die wir gemeinsam verstehen müssen.

C: Während des Ausfülles des Frageboges hatte ich wirklich etwas Angst, die Kontrolle vollständig zu verlieren und total verrückt zu werden. Das klingt nun etwas komisch, aber es ist schon fast etwas erleichternd zu sehen, wie meine aktuelle Situation sich auf einzelne Punkte bezieht.

T: Sie hatten Angst, die Kontrolle vollständig zu verlieren und total verrückt zu werden. Wie kommen Sie zu einem solchen Schluss?

C: Nun ja, mein Cousin hatte sehr schwere psychische Probleme, die einen längeren Klinikaufenthalt erforderten. Ich hatte wirklich Angst, in dieselbe Situation zu geraten. Ich will in kein Burnout geraten.

T: Die Grafik weist schon darauf hin, dass Sie sich momentan möglicherweise depressiv fühlen und so wie ich Sie verstehe auch etwas zurückgezogen haben. Fühlen Sie sich aktuell in der Arbeit überlastet?

C: Uhh, [lacht] klar ist es nicht immer einfach am Morgen da zu sein, aber wenn ich mich auf die Arbeit konzentrieren kann, dann läuft der Laden eigentlich . . . mmh. . . Vor vier Jahren hatte ich eine wirklich schlechte Phase von 3 Monaten. Nicht so hart wie mein Cousin, aber wirklich hart. Ich bin schon auch erleichtert, dass ich mich nun früher gemeldet habe. Es geht mir schon mies, aber ich konnte nun früher reagieren.

Therapeutische Strategie 3: Validierung der individuellen Resilienz und der Handlungsressourcen

Die verfügbare Resilienz und aktivierten Stärken können so selbstverständlich sein, dass der/die Patient_in diese nicht einmal wahrnimmt und sie als selbstverständlich erscheinen. Defizitorientierte Fragebögen bieten jedoch eine hervorragende Gelegenheit, nicht nur die problematischen, sondern auch die potentiell unproblematischen Pole der klinischen Skalen genau zu explorieren. Es ist sehr wahrscheinlich, dass spezifisch konstruierte defizitorientierte Skalen nichtbestehende Belastungsfaktoren gut abbilden. Diese Spezifität ist beispielsweise bei Wohlbefindensfragebogen oftmals weniger eindeutig gegeben, so dass die einzelnen (positiv formulierten) Skalen in klinischen Populationen zumeist eher in die negative Richtung tendieren (z.B., geringes Wohlbefinden, geringes Selbstwertgefühl, geringe Hoffnung, geringe Dankbarkeit, geringe Freundlichkeit; siehe auch Skevington & Boehnke, 2018). Aus dieser Perspektive eignen sich klinische Fragebogen oftmals hervorragend, auf die unproblematischen Aspekte der Fragebogen einen genauen Fokus zu legen, da sie so konstruiert sind sehr gut zwischen den Skalen zu diskriminieren.

Good Practice Beispiel:

T: (...) Insgesamt scheint diese Grafik also Ihre aktuelle Depressivität und Einsamkeit zu bestätigen. Gleichzeitig scheinen Somatisierung, Angstzustände, Feindseligkeiten und Angstzustände kaum auszuschlagen und möglicherweise weniger problematisch zu sein?

C: Nun, ich bin jetzt wirklich in einem Tunnel, aber um ehrlich zu sein, bin ich normalerweise ziemlich neugierig und aufgeschlossen. Ich fühle mich etwas fremd in meiner Haut.

T: Normalerweise würden Sie sich nicht als ängstliche Person beschreiben?

C: Nun, ich bin momentan in der Freizeit fast immer zu Hause und fühle mich oft einsam. Ich kann mich fast zu Nichts aufraffen. Aber eigentlich bin ich sehr gerne mit andern zusammen. Nein, ich denke nicht, dass ich grundsätzlich eine ängstliche Person bin.

T: Könnte es sein, dass Ihre Stimme etwas mehr Kraft hatte, als Sie nun gerade sagten: «Ich bin keine ängstliche Person.»

C: Nun, ich bin wirklich bereit, gegen meinen Energieverlust zu kämpfen.

T: Also schon auch etwas wie, «so schnell lass ich mich nicht unterkriegen»!

C: Ja, das war auch ein Grund, warum ich mich aufraffen konnte zu Ihnen zu kommen.

T: Sie haben erwähnt, dass Sie neugierig und aufgeschlossen sind? Könnten Sie mir einige Beispiele geben?

C: Oh. Eigentlich tanze ich wirklich gerne. Mit Eva zusammen, einer guten Freundin von mir, wir gehen wir wirklich gerne aus. Aber in den letzten Monaten hatte ich keine Energie für solche Dinge.

T: Tanzen?

C: Nun, es gibt dieses Restaurant in meiner Nachbarschaft. An jedem letzten Samstag im Monat organisieren sie gute Bands. Eine wirklich gute Stimmung! Mit Eva zusammen lachen wir viel. Schöne Stimmung.

T: Schöne Stimmung und Tanzen. Klingt nun nicht wirklich sehr depressiv wie sie das soeben sagten?

C: Haa, ja, das stimmt. Um ehrlich zu sein, habe ich diese Gefühle etwas vergessen. Es ist so anstrengend.

T: Dennoch hat es sich soeben möglicherweise gerade einwenig gut angefühlt, wie ich Sie verstehe?

C: Das stimmt... jaaa, da muss ich Ihnen recht geben.

Therapeutische Strategie 4: Durchbrechen des Schwarzweiß-Denkens

Wie oben erwähnt, kann es hilfreich sein, dass Kliniker eine klare und präzise Sprache verwenden und die Dinge so benennen, wie sie sind. Einem Muster psychopathologischer Symptome einen klaren Namen zu geben, kann in vielen psychotherapeutischen Abklärungen gerechtfertigt und hilfreich sein. DSM-Codes zum Beispiel benennen jedoch nicht nur eine bestimmte Störung (wie Major Depression Episode, soziale Angst), sie enthalten auch gleichzeitig den Schweregrad (z. B. einzelne moderate depressive Episode, 296.22). Neben der Validierung und Isolierung von Problemen und Stärken bieten Likert-Skalen hervorragende Möglichkeiten, Schwarzweiß-Denken zu durchbrechen, insbesondere wenn sie

in eine umfassende klinische Bewertung eingebunden sind, die mehrere klinische Informationsquellen berücksichtigen. Das Einholen einer Beurteilung von einer nahestehenden Person kann nützliche Informationen enthalten, da die hilfeschuchenden Personen sich ihrer eigenen Stärken und ihrer Resilienz (sowie Problemen) nicht immer ganz sicher sind und auch etwas zweifeln.

Good Practice Beispiel:

T: (...) Die Grafik scheint wichtige Punkte Ihrer aktuellen Situation abzubilden. Gleichzeitig ist dies nur eine Informationsquelle. Wenn wir alle Bewertungen zusammenfassen, gibt es da ein einheitliches Bild?

C: Nun, die verschiedenen Beurteilungen, die wir besprochen haben, scheinen das Gesamtbild zu bestätigen. Meine jüngste depressive Stimmung zeigte sich auch im klinischen Interview und im Depressionsinventar.

T: In dieser Hinsicht ist dies eine Bestätigung. Gleichzeitig können diese Quellen auch vom klinischen Kontext beeinflusst werden. Wie denken Ihre Kolleg_innen bei Ihrer Arbeit?

C: Nun, ich fühle mich wirklich niedergeschlagen und habe die Fragebogen ehrlich ausgefüllt. Gleichzeitig bin ich nicht sicher, ob alle meine Arbeitskollegen meine jüngste Phase bemerkt haben. Während der Arbeit konzentriere ich mich auf die Aufgaben und bin etwas abgelenkt. Meine depressiven Stimmungen treten also besonders in Situationen auf, in denen ich wirklich Zeit zum Nachdenken habe.

T: Es gibt viele Grautöne zwischen "voll depressiv" und "absolut nicht depressiv". Ihre depressiven Gefühle können während einem Tag oder eine Woche deutlich schwanken.

C: Ich bin generell im Tunnel, aber ja, vielleicht gibt es während der Woche ziemlich viele Unterschiede, die mir so nicht ganz bewusst sind.

Empirische Evidenz unausgewogener Informationsverarbeitung

Die Psychotherapie legt den Fokus auf das Verständnis individueller Belastungsfaktoren. Therapeutische Ziele werden jedoch durch die individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten und motivationalen Bereitschaften von Patient_innen erreicht. Menschen, die Hilfe suchen, fühlen sich zu Therapiebeginn oft hoffnungslos und haben es aufgegeben, an ihre eigenen Fähigkeiten zur Problemlösung zu glauben und zielgerichtet einzusetzen. Die oben dargestellten klinischen Good Practice Beispiele veranschaulichen, dass Resilienz und Ressourcen schon sehr früh bei der Information von Fragebogenresultaten angesprochen und integriert werden können. Klinische Fragebogen eignen sich dazu besonders gut, da sie so

konstruiert sind, zwischen den Skalen gut zu differenzieren und zu diskriminieren. Dies bedeutet nicht, die problematischen Aspekte einer Person auszuschließen oder zu marginalisieren. Im Gegenteil, oftmals ist der enttabuisierte Blick auf problematische Themen ein erster starker Hinweis für die Widerstandsfähigkeit von Psychotherapie-Patient_innen, den Willen aufzubringen, dem Drachen in den Mund zu schauen und für das eigene Handeln (Mit-)Verantwortung zu übernehmen.

Die menschliche Natur tendiert dazu, komplexe Informationen selektiv zu verarbeiten. Bei der Diskussion klinischer Fragebögen kann dies zu einer unausgewogenen Konstruktion der individuellen Belastungs- und Resilienzfaktoren führen. Der klinische Kontext generiert Erwartungen. Diese Erwartungen können sich positiv auf den Behandlungsprozess auswirken oder ihn auch behindern (Constantino, Vîslă, Coyne & Boswell, 2018; Kirsch, 1990; Rief et al., 2015; Vîslă et al., 2018). Vorurteile und soziale Stereotyp gegenüber Personen können die Kommunikation außerhalb, aber auch innerhalb eines klinischen Settings deutlich beeinflussen (Plous, 2003). Beispielsweise können Patient_innen dazu tendieren, sich selbst in ihrem negativen Bild psychischer Störungen zu bestätigen (Smith et al., 2006). Dem gegenüber sind beispielsweise auch Kliniker nicht davor gefeit, die hervorstechenden Ressourcen und die Resilienz ihrer Patient_innen zu überschätzen (Halo-Effekte, z. B. Abikoff, Courtney, Pelham, & Koplewicz, 1993). Zum Beispiel kann ein/e Patient_in zwar äußerst gepflegt gekleidet sein, und sich trotzdem körperlich stark vernachlässigen.

Eine der perfidesten Fallstricke in der Informationsverarbeitung sind Kontrastfehler (Bless & Schwarz, 2010). Personen verarbeiten Information oftmals in Kontrast zu Referenzgruppen (z.B. Durchschnitt der Normalbevölkerung). Dies kann dazu führen, das unproblematische Verhaltensweisen (z.B. sich depressiv fühlen) als problematisch oder pathologisch eingestuft werden da sie leicht über dem Durchschnitt der Normalbevölkerung liegen, jedoch noch immer im Normalbereich liegen (Abbildung 2 als Veranschaulichung). Verzerrungen in der Informationsverarbeitung sind insofern perfid, als dass sie vorzugsweise unbewusst verarbeitet werden und nicht absichtlich geschehen (Norman & Eva, 2010; Smith et al., 2006).

Wie die vier therapeutischen Aufgaben zeigen, sind die therapeutischen Herausforderungen einer ausgewogenen Fragebogenbesprechung in vielen klinischen Situationen durchaus überschaubar. Aus handlungspsychologischer Perspektive umfasst der Resilienz- und Ressourcenbegriff den gesamten psychologischen Möglichkeitsraum eines/r Patient_in; also Fertigkeiten, Fähigkeiten, psychosoziale Einbettung, soziale Unterstützung,

Genussfähigkeit, Konzentration, Selbststeuerung, Wille, Humor, Emotionalität, Sprachfähigkeit und zielgerichtetes Handeln (z.B. Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Flückiger et al. 2016). Was im Einzelfall zählt, sind nicht die nomothetisch generierten (Halb-)Wahrheiten, sondern das präzise Verständnis im Einzelfall (z.B., Belz et al., 2016). Wie die Good Practice Beispiele illustrieren, sind praktizierende Psychotherapeut_innen bereits deutlich darin sensibilisiert, ihre Informationsverarbeitung zu reflektieren und allenfalls Gegensteuer zu geben, falls die therapeutische Kommunikation in unausgewogenes Schwarzweiß-Denken kippt. Es besteht ein breites Praxiswissen darüber, wie die Belastungen und die Resilienz von Patienten beispielsweise durch ressourcenorientierte Strategien gleichzeitig exploriert und vertieft werden können (Scheel et al., 2013). Tatsächlich helfen diese Strategien den Therapeut_innen, die hochindividuellen Situationen zu versprachlichen und dadurch für alle Beteiligte reflexionsfähig und verstehbar zu machen. Die vorliegende pragmatische Anleitung soll Therapeut_innen in ihrer Absicht ermutigen, in der Abklärungsphase sehr genau hinzuhören um möglichst früh ein balanciertes individuelles Funktionsverständnis eines/r Patient_in aufzubauen und gemeinsam zu reflektieren.

Literatur

- Abikoff, H., Courtney, M., Pelham, W.E., Koplewicz, H. S. (1993). Teachers' ratings of disruptive behaviors: The influence of halo effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 519-533.
- Andrasik, F. (2006). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology. Adult Psychopathology*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Beltz, A. M., Wright, A. G. C., Sprague, B. N., & Molenaar, P. C. M. (2016). Bridging the Nomothetic and Idiographic Approaches to the Analysis of Clinical Data. *Assessment*, 23(4), 447–458. <http://doi.org/10.1177/1073191116648209>
- Beutler, L. & Malik, M. L. (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bless, H., & Schwarz, N. (2010). Mental construal and the emergence of assimilation and contrast effects: The inclusion/exclusion model. *Advances in Experimental Social Psychology*, 42, 319-374. doi: 10.1016/S0065-2601(10)42006-7
- Constantino, M. J., Vîslă, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early-treatment outcome expectation and their posttreatment outcomes. *Psychotherapy*, 55, 473-485. doi:10.1037/pst0000169

- Fitzpatrick, M.R., & Stalikas, A. (2008). Positive emotions in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 155–233. doi: 10.1037/1053-0479.18.2.248
- Flückiger, C., Forrer, L., Schnider, B., Bättig, I., Bodenmann, G. & Zinbarg R. E. (2016). A single-blinded, randomized clinical trial of how to implement an evidence-based cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder [IMPLEMENT] – Effects of three different strategies of implementation. *EBioMedicine*, 3, 163-171. doi: 10.1016/j.ebiom.2015.11.049
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2014). *Ressourcenaktivierung – Manual für die Praxis* (2. Ed.). Bern: Hogrefe.
- Frank, R. (2017). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Franke, G. H. (2002). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Grawe K., Grawe-Gerber M. (1999). Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Hilbert, M. (2012). Toward a synthesis of cognitive biases: How noisy information processing can bias human decision making. *Psychological Bulletin* 138, 211–237; doi: martinhilbert.net/HilbertPsychBull.pdf
- Jonas, E., Schultz-Hardt, S. Frey, D., & Thelen, N. (2001). Confirmation bias in sequential information research after preliminary decisions: An expansion of dissonance theoretical research on selective exposure to information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 557-571, doi: 10.1037/0022-3514.80.4.557
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human. Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
- Ladwig, I., Rief W., & Nestoriuc, Y. (2014). What are the Risks and Side Effects to Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24, 252 – 263. doi: 10.1159/000367928
- Norman, G. R., Eva, K. W. (2010). Diagnostic error and clinical reasoning. *Medical Education*, 44, 94-100. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03507.x.
- Plous, S. (Ed.). (2003). *Understanding prejudice and discrimination*. New York: McGraw-Hill.

- Rief, W., Glombiewski, J. A., Gollwitzer, M., Schubö, A., Schwarting, R., & Thorwart, A. (2015). Expectancies as core features of mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 378-385. doi:10.1097/YCO.0000000000000184
- Rosenhan, D. (1984). On Being Sane in Insane Places. In: Watzlawick, P. (Ed.). *The Invented Reality* (pp. 117-144). New York, NY: Norton.
- Rosenhan, D. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179, 250-258.
- Scheel, M.J., Davis, C.K., & Hederson, J.D. (2013). Therapist use of client strengths: a qualitative study of positive processes. *The Counseling Psychologist* 41, 392–427. doi: 10.1177/0011000012439427
- Smith, N. K., Larsen, J. T., Chartrand, T. L.; Cacioppo, J. T., Katafiasz, H.A. & Moran, K. E. (2006). Being Bad Isn't Always Good: Affective Context Moderates the Attention Bias Toward Negative Information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 210 – 220. doi: 10.1037/0022-3514.90.2.210
- Stephen, J. (2015). *Positive Psychology in Practice*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Skevington, S. M., & Boehnke, J. (2018). How is subjective well-being related to quality of life? Do we need two concepts and both measures? *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.005>
- The British Psychological Society's Psychological Testing Center (2016). *The Psychological Testing Center – Mission Statement*. Retrieved at May 2016 from: <https://ptc.bps.org.uk/information-and-resources/information-testing/guidelines-testing-and-test-use>
- Vișlă, A., Flückiger, C., Constantino, M. J., Krieger, T., grosse Holtforth, M. (2018). Patient characteristics and the therapist as predictors of depressed patients' outcome expectation over time: A multilevel analysis. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2018.1428379
- Willutzki, U. & Teismann, T., (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Abbildung 1: Individuelles Profil der Symptom-Check-Liste 90: z-Werte unter 2 repräsentieren das 95%-Konfidenzintervall der Normpopulation.

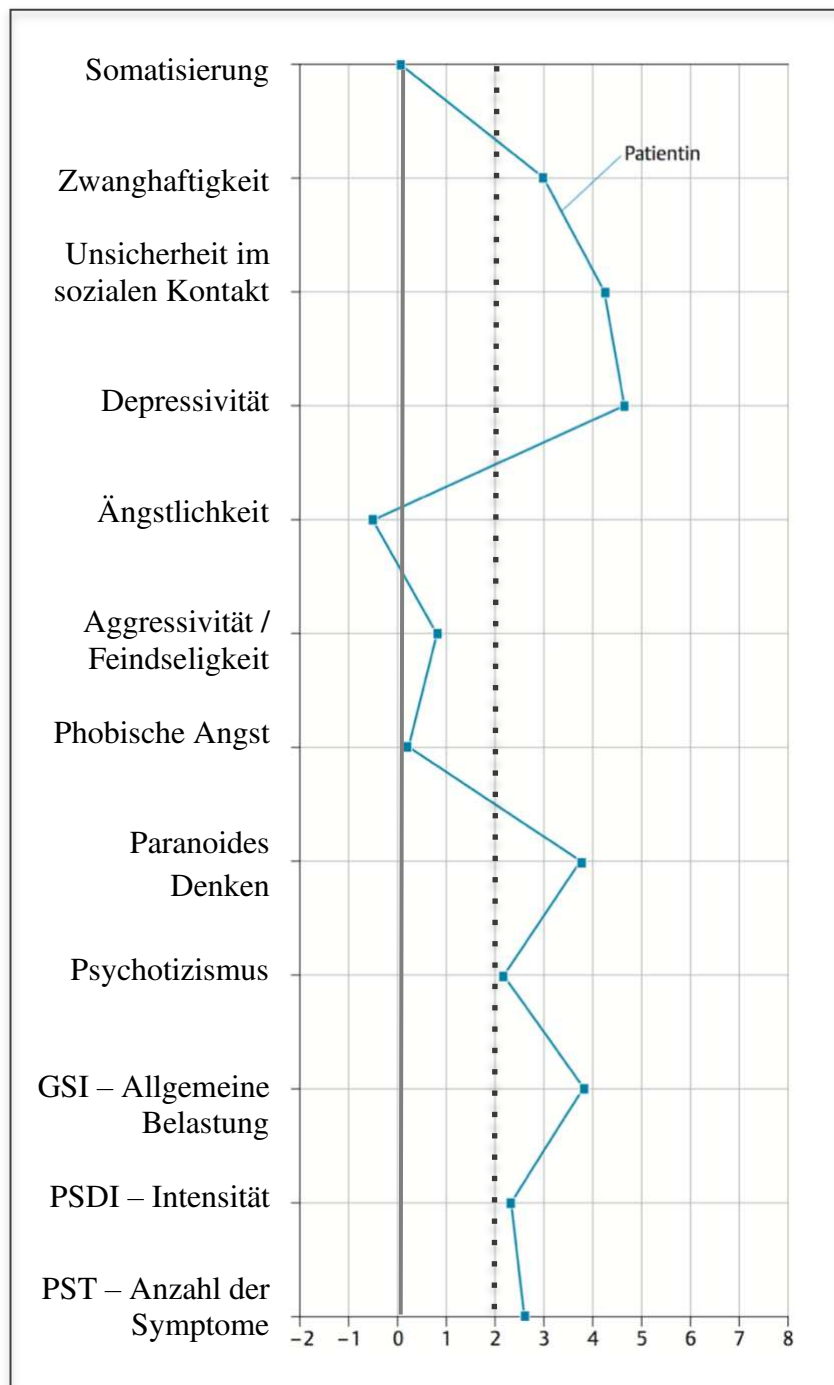


Abbildung 2: Kontrastfehler – Durchschnitt der Normpopulation (Null-Punkt) als Ankerpunkt kann im Einzelfall zu einer Überinterpretation der Belastungsfaktoren führen. Werte innerhalb des 95% Konfidenzintervalls (unterhalb von 2) sind bis zu einem gewissen Grad normal und funktional.

